



Zahnärzte für Niedersachsen
www.zfn-online.de

Zahnärzte für Niedersachsen e.V.
c/o Dr. Lutz Riefenstahl
Breite Straße 2B
31028 Gronau

Fon: 05182 92170
Fax: 05182 921712

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein "Zahnärzte für Niedersachsen e.V." (ZfN) zum _____

Ort, Datum		Unterschrift
Titel: _____	Vorname: _____	Name: _____
PLZ _____	Ort: _____	Straße: _____
Tel: _____	Fax: _____	Geb.-dat: _____

E-Mail
Adresse: _____

Ich bin selbständig in d. ersten 3 Jahren n. Praxisgründung Ehepartner eines Mitglieds
 angestellt Rentner Student(in)
(bitte Zutreffendes ankreuzen)

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften

(Die Ermächtigung ist Voraussetzung für Vereinsaufnahme für beitragspflichtige Mitglieder)

Hiermit ermächtige ich den Empfänger widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines nachfolgend aufgeführten Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

IBAN: _____ BIC: _____

Bank: _____

Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden.
Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Der Speicherung und elektronischen Verarbeitung meiner o.a. Daten zum Zweck der Vereinsverwaltung stimme ich zu.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Beitragsordnung :

Der Beitrag beträgt monatlich für

selbständige Zahnärzte/innen	16,00 Euro
in den ersten 3 Jahren nach Praxisgründung	8,00 Euro
Ehepartner als Doppelmitglied	8,00 Euro
nichtselbständige Zahnärzte/innen	8,00 Euro
Rentner u. Studenten der Zahnmedizin	frei